Allegato C

## ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa_____

Medico Specialista in Medicina dello Sport

ATTESTA

che l'Atleta _____

Nato a _____

Il _____

Dichiarato dal sottoscritto **Idoneo** alla pratica sportiva agonistica per lo sport _____

in data _____

a seguito della visita medica da me effettuata in data _____ e degli accertamenti presi in visione può riprendere la pratica dello sport agonistico.

_____ _____

Data e Luogo Il Medico *(Firma e Timbro)*